

Podcast – Le validisme 101 – La psychophobie

Intro	Bonjour et bienvenue au TF Podcast, le Podcast du Thé Féministe. Installez-vous, versez-vous une boisson chaude. Nous, sans surprise, c'est du thé. Allez, c'est parti.
L	Bonjour Sarah, comment tu vas ?
S	Ca va très bien, merci Laura. Et toi ?
L	Ecoute, ça va très bien également. Aujourd'hui, on va parler validisme, validisme 101 et plus précisément de psychophobie. Pour cette émission, je crois qu'il est mieux de prévenir directement qu'on va parler de choses parfois difficiles. Pour les personnes concernées, vous avez l'ensemble des CW et TW dans la description du podcast à laquelle je vous renvoie. J'en profite également pour indiquer que le podcast est retranscrit à l'écrit, le lien est dans la description donc ça peut être plus facile pour vous d'accéder au contenu du podcast à l'écrit plutôt que d'entendre ce qu'on raconte. Sarah, est-ce que tu veux bien nous dire comment tu as choisi d'aborder ce sujet ?
S	Bien sûr. Tout d'abord, on va faire une introduction un peu longue comprenant trois grands points : - un rapide rappel historique sur la manière dont la société a abordé la santé mentale au cours des siècles ; - certaines définitions pour expliciter notamment les termes « validisme » et « psychophobie » ; - quelques chiffres concernant la santé mentale. Puis, on verra comme la psychophobie s'exprime dans la culture, dans le système de santé, comment elle peut être intériorisée, et s'exprimer dans nos relations avec notre entourage et enfin comment elle s'articule avec d'autres oppressions. Enfin, on fera un rapide tour d'horizons des idées préconçues à bannir ainsi que des conseils pour être un ou une bonne allié-e.
L	Voilà un beau programme pour poser les bases de ces notions là ! Donc on va commencer donc avec un peu d'histoire. Comment la santé mentale, voire la santé au sens général a évolué dans l'histoire occidentale ?
S	Avant Hippocrate, la magie avait une très très grande importance dans l'étude du processus de la maladie en général, tant pour les douleurs physiques que mentales. Ensuite à l'Antiquité, la théorie des humeurs et de leur équilibre dans le corps a été développée. Au Moyen-Age, la magie est revenue en force et s'est pas mal mélangée avec la religion, ce qui a laissé une part de responsabilité importante au diable et aux possessions démoniaques. Puis entre le 16 <sup>e</sup> et le 18 <sup>e</sup> siècle, les asiles sont créés et sont utilisés pour enfermer les marginaux, les SDF, les prostituées et par extension, ce qu'on appelait communément à l'époque les « fous ».  Au 18 <sup>e</sup> puis au 19 <sup>e</sup> siècle, avec Philippe Pinel, c'était un savant français et précurseur de la psychiatrie. Il a élaboré au cours de sa vie un nouveau concept pour l'époque qui est celui d' « aliénation mentale » ainsi que la notion de traitement moral qui constitue les premières ébauches de psychothérapie.  Ensuite, Freud arrive et développe la psychanalyse en liant à peu près tout au sexe. Merci Freud. Beaucoup de gens sont encore bloqués sur ses théories et ne réalisent pas qu'on les a dépassées en majorité.
L	Ah oui Freud et les dégâts qu'il a causés et qu'il cause encore des décennies après sa mort ... Du coup, de nos jours, comment on définit la santé ? Et qui la définit ?
S	Pour définir la santé, je me suis reportée aux définitions de l'Organisation Mondiale de la Santé, OMS pour les intimes. L'OMS définit la santé comme l'état de complet bien-être physique, mental et social. Ca ne consiste pas en une absence de maladie ou d'infirmité. On a une définition positive de la santé.
L	C'est une bonne nouvelle (rires)
S	(rires) Oui c'est une très bonne nouvelle en effet. Ca veut dire que ce n'est pas parce qu'on n'est pas malade, qu'on est en bonne santé en tout cas. C'est beaucoup plus nuancé que ça en fait.
L	Et je suppose que pour la santé mentale, on a aussi une définition ?
S	Oui, justement, alors là c'est pas tellement une définition, c'est plutôt une orientation que propose l'OMS. L'OMS promeut le bien-être, la prévention des troubles mentaux ainsi que le traitement et la réadaptation des personnes atteintes de ces troubles. Et puis il y a aussi une définition que donne l'OMS au terme « handicap ». Le handicap est défini comme une limitation d'activité et une restriction de participation subie dans son environnement.

	Le terme « subie » est super important. En fait, cela montre bien que le handicap est créé par l'environnement et par une société qui n'est pas adaptée à la personne non valide. Ce n'est pas la non validité qui définit le handicap, ce n'est pas du tout la même chose.
L	Du coup, pour reformuler, si je comprends bien : une personne non valide n'a pas nécessairement un handicap ?
S	Exactement. Une personne non valide c'est une personne qui n'a pas un fonctionnement physique ou mental typique, dans ce qu'on appelle la norme et ce fonctionnement atypique peut constituer un handicap mais ce n'est pas nécessairement le cas.
L	Du coup, pour arriver aux définitions de notre sujet, le validisme qu'est-ce que c'est ?
S	Le validisme, c'est la discrimination subie par les personnes non valides.
L	D'accord. Aujourd'hui, on va se concentrer sur les personnes non valides au niveau mental. On fera sans doute une autre émission sur les personnes non valides au niveau physique. Aujourd'hui, on va donc se concentrer sur les personnes non valides au niveau mental et qui subissent une oppression spécifique. Est-ce que tu peux nous en parler un peu plus ?
S	Bien sûr. Alors, pour reprendre de manière chronologique, on va voir que pour désigner les personnes non valides au niveau mental, on peut utiliser le terme « neuroatypique » aussi. Chronologiquement, ça a d'abord été inventé par les personnes autistes, puis la neuroatypie a été élargie aux diagnostics « dys » (dyslexie, dyscalculie, dyspraxie, ...), et est progressivement en train de s'étendre aux personnes usagères en psychiatrie dans la totalité. La discrimination vécue par ces personnes s'appelle la psychophobie.
L	Quel terme qui est utilisé pour désigner le fonctionnement atypique des personnes qui sont neuroatypiques ?
S	En général, on va préférer employer le terme de « trouble » plutôt que de « maladie psychiatrique » puisque on ne connaît pas nécessairement l'origine des symptômes. En fait, ce sont plutôt des diagnostics syndromiques qui sont des regroupements de symptômes. D'ailleurs, dans le reste de l'émission, j'utiliserai le terme « diagnostic » plutôt que « trouble » car en tant que personne concernée, je n'aime pas la connotation péjorative du mot « trouble ».
L	D'accord. Les diagnostics psychiatriques, est-ce que tu peux nous dire combien de personnes ça concerne à peu près ? Parce qu'on a souvent l'impression qu'on parle d'une minorité de personnes, que ça concerne pas grand monde. Est-ce que tu peux nous donner une réalité des chiffres, est-ce que c'est très peu de personnes ou bien plus de personnes ?
S	En fait, c'est énormément de personnes. Je pense que sans le savoir, tous les jours, on côtoie ou bien on est même une personne qui pourrait être usagère de psychiatrie. Mais il y a une grosse part de déni. Donc c'est très loin d'être une minorité. 25% personnes dans le monde auront un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie. Ça fait une personne sur 4. Donc c'est pas du tout une minorité. A l'heure actuelle, 450 millions de personnes ont un diagnostic psychiatrique, soit plus que la population des Etats-Unis.
L	Sachant que ces 450 millions de personnes, c'est un moment donné T, donc le nombre de personnes qui ont eu ou auront un diagnostic, on monte sur les 25% de la population. Donc c'est beaucoup plus important. C'est à ce moment T ces personnes là ont ce diagnostic qui peut disparaître plus tard.
S	Quand on parle des 450 millions de personnes, c'est comme une photo prise à un instant T comme tu le dis. Alors que lorsqu'on parle des 25% des personnes dans le monde qui auront potentiellement un diagnostic psychiatrique, c'est comme une vidéo sur leur vie entière.
L	C'est sur la ligne du temps en fait.
S	C'est ça.  Environ 1% de la population adulte mondiale, donc là c'est encore une fois une photo, a un diagnostic de schizophrénie, soit deux fois plus que les gens avec un diagnostic d'Alzheimer. Idem pour le spectre autistique, 1% de la population se trouve potentiellement sur le spectre.
L	Alors qu'étrangement, on a l'impression qu'il y a bien plus de gens qui ont un Alzheimer que de personnes qui sont schizophrènes, si je ne me trompe pas dans l'expression, parce qu'on en parle beaucoup plus en fait, on les met beaucoup plus avant, alors qu'au final, c'est deux fois moins de personnes qui ont Alzheimer que de personnes qui sont schizophrènes ou qui sont sur le spectre autistique.
S	Absolument, c'est beaucoup moins médiatisé. Je pense qu'il y a une part de psychophobie en fait dans le traitement médiatique des différents troubles psychiatriques et/ou neurologiques. C'est une opinion très personnelle mais je pense qu'on attribue beaucoup moins de culpabilité dans le fait de développer un Alzheimer que dans le fait de développer une schizophrénie, où là on va parfois presque en vouloir à la personne d'être malade.
L	On va voir un peu plus le traitement médiatique un peu après je crois ?
S	Oui bien sûr, on y reviendra tout à l'heure, en effet.

L	Tu as d'autres chiffres à nous donner ?
S	Oui, c'est sur la dépression, qui je le rappelle est aussi un diagnostic psychiatrique, constitue la première cause médicale d'incapacité au travail dans le monde. En France, si on prend la vidéo entière de la vie des gens, 20% des gens ont eu, ont ou auront une dépression, soit une personne sur 5.
L	Effectivement, c'est énormément de personnes en fait. C'est vraiment pas une minorité comme tu disais. Du coup forcément, le fait qu'on pense que c'est une minorité alors que ce n'est pas du tout le cas, ça doit avoir un impact sur la manière dont la société représente les personnes concernées. Du coup, ma question ça va être : comment la société voit et représente les personnes qui ont un diagnostic psychiatrique ?
S	Alors, malheureusement, la société les présente très mal. Au cinéma, on montre énormément de convulsivothérapie, davantage connue comme les électrochocs, alors que c'est un traitement très peu utilisé. On ne compte plus le nombre de rôles de neuroatypique donnés à des neurotypiques. A la télévision, un exemple qui nous a frappé-es récemment, c'était Fort Boyard quand ils ont mis en avant une chambre d'isolement comme challenge, comme s'il s'agissait d'un divertissement de se retrouver en chambre d'isolement. Dans la culture, plein de spectacles donnent à voir une image effrayante des personnes avec un diagnostic psychiatrique. D'ailleurs, j'en ai récemment vu un ; c'était la fête de la danse à l'université et il y a une danse autour de l'asile des « fous », c'était très effrayant. Les événements comme Halloween, Mardi Gras, Carnaval donnent à voir leur lot de déguisements de « fous », alors qu'un diagnostic ce n'est pas un costume. Et classiquement dans le langage de tous les jours, plein d'insultes et de locutions sont utilisées pour traduire des idées à connotation négative comme « c'est fou », ou carrément « t'es folle », « il est schizophrène », « j'hallucine », « c'est hallucinant », et tutti quanti.
L	Dans ces images effrayantes et notamment aussi dans l'exemple que tu nous as donné par rapport à la représentation du spectacle dans ton université où ils présentaient ça de manière effrayante, on retrouve aussi l'idée sous-jacente que les personnes avec un diagnostic psychiatrique sont violentes et dangereuses. Dans les faits, est-ce que ce n'est pas encore une idée préconçue ?
S	C'est une idée complètement préconçue. En fait, les personnes avec un diagnostic psychiatrique ne sont pas plus dangereuses que les personnes neurotypiques, voire elles le sont moins. Le danger principal qu'elles peuvent représenter, c'est qu'elles peuvent se faire du mal à elles-mêmes. Moins de 1 meurtre sur 10 par exemple est commis par une personne avec un diagnostic psychiatrique.
L	Je crois même que les personnes neuroatypiques ou les personnes non-valides plus généralement sont plus sujettes aux violences qu'elles n'en commettent elles-mêmes. Voilà une première idée préconçue à battre en brèche.
S	Absolument.
L	Donc again, une idée préconçue à battre en brèche. Enfin la première grande idée préconçue qu'on présente ici et qu'il faut qu'on vire de nos représentations. Vu qu'on parlait de la société au sens large, on va centrer un peu plus notre discussion sur l'entourage proche, donc ça comprend la famille et les ami-es, qu'est-ce qu'on entend souvent quand on est une personne avec un diagnostic psychiatrique de la part de nos proches ?
S	De la part des parents, on voit souvent une responsabilisation de leur part, on va souvent s'entendre dire : « c'est moi qui t'ai élevé.e donc tu ne peux pas avoir tel diagnostic ».  Les conjoints / conjointes vont souvent se mettre en avant et tenir des discours du type : « tu devrais pouvoir tout me dire et je devrais pouvoir régler tous tes problèmes ». Je l'ai vécu personnellement.  Dans ces deux cas, cela a des conséquences importantes comme un déni des difficultés, un retard dans la prise en charge, et finalement une perte de chance pour la personne concernée.  Selon l'entourage qu'on a, la religion peut aussi jouer un rôle important. Avec un entourage très croyant, on peut s'entendre dire « rapproche toi de Dieu et tu iras beaucoup mieux ». Je pense que c'est une bienveillance très mal placée.  Ou on peut aussi entendre dans ce cas « ce n'est pas une maladie, c'est une bataille entre le bien et le mal qui se joue en toi ». Et tout autre sorte de bêtises.  Autre classique, ce sont les jeux olympiques de la souffrance. En résumé, on va donner en exemple une personne qui avait vécu quelque chose de terrible, on va mettre en avant le fait que cette

	<p>personne va bien et donc qu'une autre personne qui n'a rien vécu de similaire ne peut pas aller mal. Petit rappel : personne ne gagne jamais aux jeux olympiques de la souffrance.</p>
L	<p>Oui effectivement. Ca a du sens. Tout ça, je suppose, a un impact sur la manière dont les personnes concernées se perçoivent. Tu confirmes ?</p>
S	<p>Oui absolument. En fait, cela encourage le déni du genre « je suis trop forte pour être déprimée / je suis trop intelligent-e pour être schizophrène, ça n'arrive que chez tel type de personne ». C'est tout simplement de la psychophobie intériorisée. En tant que personne concernée, je peux dire que c'est très compliqué de s'en défaire. Les personnes concernées peuvent souvent forcer un passing d'ailleurs, prétendre être neurotypique, ce qui au final leur fait vivre deux journées de travail en une seule.</p>
L	<p>Vu qu'on parle de travail, d'ailleurs, on va même élargir le sujet au fait d'avoir une activité. Comment tout ça s'articule avec le fait d'avoir une activité pour les personnes concernées qui peuvent avoir une activité et qui en ont une ? Parce que parfois, on peut en avoir une mais du fait de la psychophobie et du validisme en général, on n'arrive pas nécessairement à en avoir une. Quand on est concerné-e et qu'on a une activité, comment ça s'articule tout ça ?</p>
S	<p>Du côté des employeurs, ces derniers vont souvent être réticents à adapter les postes, à aménager les horaires. Ce qui peut rendre la vie des personnes concernées très précaire.</p>
L	<p>Classiquement, la précarité s'exacerbe lorsqu'on est au carrefour de plusieurs oppressions. Du coup, lorsque la personne concernée est dans ce cas, sa précarité va s'exacerber. Est-ce que tu veux bien nous indiquer comment ça s'articule ? Et on peut commencer par exemple avec le sexisme, qu'est-ce qu'il se passe lorsqu'on est non-valide, qu'on a un diagnostic psychiatrique et on rencontre du sexisme, on est une femme ?</p>
S	<p>La relation psychophobie / sexisme date d'il y a très longtemps. Depuis la nuit des temps, la psychophobie alliée au sexisme va se baser sur l'idée que les femmes sont faibles, intrinsèquement mauvaises. Leur sexualité est toujours remise en question.</p>
L	<p>Freud.</p>
S	<p>Merci (rires). De ce fait, la description de leur souffrance par les femmes est forcément mal faite ou exagérée. Je me permets de préciser que malheureusement, je ne parle qu'au nom des personnes cisgenres.</p>
L	<p>Oui parce qu'on a les études qui sont pas nécessairement évidentes, ...</p>
S	<p>Qui sont très ciscentrées.</p>
L	<p>Oui et je suppose qu'il y a les questions de passing aussi qui doivent jouer. Le milieu médical n'est pas nécessairement le milieu le plus bienveillant envers les personnes transgenres.</p>
S	<p>Le plus transfriendly.</p>
L	<p>Voilà. Le milieu médical n'applique pas toujours le bon genrage aux personnes transgenres selon leur niveau de passing, ce qui n'est absolument pas normal. Donc ces deux éléments combinés font effectivement que cette émission part d'un point de vue ciscentrée mais ça, c'est du fait des études. On se base sur ce qu'on connaît, après on peut supposer qu'une personne transgenre, une femme transgenre avec un bon passing se verrait appliquer les mêmes préjugés ?</p>
S	<p>Absolument. Donc par rapport aux femmes cisgenres, on retrouve souvent l'idée de l'hystérie. L'hystérie historiquement, ça a commencé avec Hippocrate puis Galien. Il y avait l'idée que l'utérus traverse le corps en long, en large et en travers, en cas d'abstinence sexuelle et/ou en l'absence prolongée d'accouchement. Entre temps, la société a souvent considéré que les femmes étaient possédées, que c'était l'œuvre du diable. On sait comment ça a fini avec les chasses aux sorcières. A partir du 16<sup>e</sup> siècle donc plus ou moins en parallèle, les théorisations sur la sexualité féminine sont revenues au goût du jour. Donc on a retrouvé les notions de la faiblesse de la femme face aux passions, c'est-à-dire qu'elles avaient trop ou pas assez d'activité sexuelle et c'est ce qui les rendait malades.</p>
L	<p>Surtout que Freud s'est bien inspiré de toutes ces idées.  Vu qu'on parle d'activité sexuelle, comment la psychophobie s'articule avec le fait de ne pas être hétéro, donc avec l'homophobie ? Et je vais même élargir la question plus largement à l'ensemble de la communauté queer ? Qu'en est-il pour les personnes queer ? Petit rappel : le terme « queer » c'est un terme parapluie qui permet de désigner l'ensemble des personnes LGBTI+. Autre terme qui est utilisé mais qui est encore restreint dans son utilisation, c'est MOGAI. Mais on peut utiliser le terme « queer » assez largement. Aux Etats-Unis, en Angleterre, c'était vu comme une insulte, ça a été réapproprié par la communauté. En France, il n'y a jamais eu vraiment ce côté péjoratif à l'emploi du terme « queer ». Donc on peut l'utiliser assez librement même si c'est toujours mieux que ce soit validé par les personnes concernées. Je suis une personne concernée, donc je me permets sans problème d'utiliser le terme « queer ».</p>

	Du coup, revenons à nos moutons. Etre queer et avoir un diagnostic psychiatrique, ça se passe comment ?
S	Je vais surtout me baser sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, qu'on abbrévié en DSM. Le DSM a longtemps contenu des critères diagnostics pour le « trouble des préférences sexuelles » et garde encore le diagnostic de « trouble de l'identité sexuelle ». En d'autres termes, l'homosexualité et la transidentité sont psychiatisées et considérées comme des maladies mentales alors que ce n'est absolument pas le cas. D'ailleurs, il y a aussi une autre classification qui elle est tenue par l'OMS et qui concerne pas seulement les troubles mentaux, mais aussi les maladies physiques, où on a vu les mêmes problèmes de psychiatisation et d'altérisation, enfin d'anormalisation des différentes identités et des différentes orientations sexuelles.
L	D'accord. Vu qu'on parle du DSM notamment, et vous allez comprendre pourquoi je réinsiste dessus : comment le racisme s'articule avec la psychophobie ?
S	Alors, il y a plusieurs points qui concernent l'articulation racisme et psychophobie. Premièrement, les critères diagnostiques, que ce soit dans le DSM ou dans le Registre de l'OMS, sont standardisés par rapport à des populations blanches. Par ailleurs, les outils tels que le DSM ont été utilisés pour enfermer les populations racisées. Par exemple, aux Etats-Unis, après une nouvelle édition du DSM à la fin des années 1960, suite aux mouvements pour les droits civiques, il y a eu une explosion du nombre d'hommes noirs diagnostiqués schizophrènes. Et en même temps, un nombre très important de personnes schizophrènes ont été rediagnostiquées avec des troubles dépressifs. De nos jours, il y a quelques temps, certains élus français ont suggéré que les psychiatres devraient pouvoir repérer la radicalisation.
L	Et vous prendre bien un peu d'islamophobie pour rajouter sur le dessert.
S	Merci très chère (rires).
L	(rires). On n'a pas encore eu l'occasion de parler de classisme au sein du TF Podcast. Donc le classisme, qu'est-ce que c'est ? C'est la discrimination des personnes prolétaires, des personnes également et surtout précaires économiquement parlant. Comment la précarité économique s'articule avec la psychophobie ?
S	Les personnes économiquement précaires vont souvent avoir un accès difficile aux soins, puis vont se voir reprocher de ne pas soigner. Il y a des structures publiques de soins, c'est vrai, mais elles ne proposent pas toutes des psychothérapies individuelles comme le font les praticiens libéraux. Un souci, c'est que les praticiens libéraux demandent souvent des dépassements d'honoraires. Donc ça fait un peu raisonnement tautologique : les personnes économiquement précaires ne peuvent pas se permettre forcément les dépassements d'honoraires.  Pour information, un tiers des personnes SDF en Ile de France ont un diagnostic psychiatrique. Les personnes avec un diagnostic psychiatrique ont par ailleurs plus de risques de perdre leur emploi, leur logement et donc de se retrouver à la rue.
L	Oui, c'est ce qu'on voyait plus tôt : les employeurs n'acceptent pas nécessairement de procéder aux aménagements nécessaires pour l'emploi et forcément quand on est dans un emploi qui ne nous est pas adapté, c'est compliqué de le conserver. Et qui dit : pas d'emploi, dit pas de revenu. Pas de revenu, c'est compliqué de conserver un logement et c'est une spirale infernale qui débute. Et c'est ce qui explique qu'on a autant de personnes avec un diagnostic psychiatrique qui se retrouve à la rue.  Est-ce que tu veux bien nous dire un mot sur l'intersection entre psychophobie et âgisme ? On va juste avant ça faire un petit point définition sur ce que c'est l'âgisme. C'est la discrimination faite à l'égard des enfants ou des personnes âgées. Donc c'est toutes les personnes qui ne sont pas entre, mettons, 18 ans et 50 ans, une cinquantaine d'années, allez on va dire jusqu'à 60 ans. Donc ça concerne enfant, adolescent, donc toutes les personnes mineures et toutes les personnes âgées. Et là, on va parler notamment psychophobie pour les personnes âgées.
S	Dans le cas des personnes âgées, les proches vont avoir tendance à nier les dépressions en mettant en avant que puisque la personne âgée voit ses proches décéder, c'est normal qu'elle soit triste. Les dépressions chez les personnes âgées sont donc moins souvent diagnostiquées et donc moins bien soignées. Il y a une autre raison à ça, c'est que, je l'ai pas encore dit, bien que le DSM soit standardisé sur des populations blanches, il est aussi standardisé sur des populations « jeunes », donc qui ont entre 18 et 50/60 ans comme tu l'as dit.
L	Oui, donc ça pose problème puisque les symptômes ne s'expriment pas nécessairement de la même manière selon l'âge.

	C'est aussi le cas selon le genre puisque par exemple, notamment, l'autisme a été longtemps considéré comme étant propre aux garçons, aux hommes. Donc il y a un grand déficit de diagnostic chez les filles. On commence à se rendre compte qu'il y a peut-être une équivalence chez les deux genres, les deux reconnus en France, en termes de diagnostic pour l'autisme filles / garçons. C'est juste que les symptômes ne s'expriment pas de la même façon et surtout les petites filles apprennent à compenser beaucoup plus rapidement que les garçons, on les force à savoir compenser.
S	C'est la socialisation en fait qui les y rend soumises.
L	Et je crois que tu avais aussi un exemple dans le sens inverse, où les hommes étaient moins facilement, moins bien diagnostiqués que les femmes ?
S	Absolument. Pendant longtemps, on a cru que la dépression était l'apanage des femmes. Mais en ce moment, dans la communauté scientifique, il y a des gens qui commencent à se poser des questions dans le sens de « est-ce qu'il n'y a pas autant de dépressions chez les hommes que chez les femmes ? et que tout simplement, ça s'exprime de manière différente ? ». Ou qu'au contraire, un des deux genres a un recours facilité ou moins compliqué en tout cas, à des soins psychiatriques.
L	Parce qu'on considère que les femmes sont plus faibles, que les hommes sont forts donc qu'ils ne peuvent pas avoir ce genre de problèmes ?
S	Absolument.
L	Donc c'est encore un biais sexiste qui joue dans le diagnostic des gens ?
S	Oui. En fait, dans la dépression elle-même, il y a des éléments de culpabilité et de honte mais qui peuvent être exacerbés chez les hommes qui ont du coup honte de ne pas être à la hauteur de leur genre. Donc double peine.
L	Double peine à ce niveau là puisque si un homme ne se conforme pas à ce qu'on attend de lui, c'est pas vraiment un homme. Alors que les femmes, de toute façon, peu importe ce qu'on fait, on est toujours en tort donc bon.
S	On est toujours faibles voilà.
L	On est toujours faible donc quitte à être en tort, autant gérer le problème. Du coup, maintenant qu'on a dit tout ça, on a fait un peu l'état des lieux général assez basique, qui permet de poser les bases, du coup, après tout ça, qu'est-ce qu'on ne veut plus entendre ?
S	Alors. La base, c'est de ne plus jamais dire que c'est dans la tête. News flash : le cerveau se trouve dans la tête et la tête est une partie du corps. Le cerveau fait donc partie du corps. Et je le dis de manière, je vois que tu me regardes bizarrement Laura (rires).
L	Non, j'aime beaucoup la manière dont tu le présentes en fait (rires).
S	C'est-à-dire que régulièrement, on va se représenter les maladies neurologiques comme étant dans la tête parce que c'est dans le cerveau et que la psychiatrie, c'est une sorte d'esprit qui flotte au-dessus. On ne se représente pas assez bien que les troubles psychiques sont dans le cerveau aussi.
L	Oui parce que c'est parfois, pas tout le temps, un trouble chimique c'est ça ?
S	Il y a l'hypothèse des troubles chimiques en effet. Il y a aussi les hypothèses de neuro-transmissions plus largement et de connexions entre les différentes zones du cerveau qui
L	Qui sont perturbées ?
S	Oui, perturbées ou en tout cas, pas formées de manière typique, dans la norme, par rapport à la majorité des gens.
L	Est-ce que les connexions peuvent sauter et se reconstruire ?
S	Oui en fait, le cerveau est quelque chose de tout à fait plastique, dans un sens ou dans l'autre.
L	Donc ça peut se détruire comme se reconstruire à n'importe quel moment de la vie ?
S	Oui, mais ça prend du temps.
L	Donc ça c'était le petit point : c'est dans la tête, mais c'est réel.
S	C'est réel parce que c'est dans le cerveau et le cerveau fait partie du corps, donc les maladies mentales sont à prendre aussi sérieusement que les maladies physiques.  Deuxième point très important : surtout si vous n'êtes pas concerné-e et surtout encore plus si vous n'êtes pas un-e aidant-e d'une personne concernée, vous ne faites pas de commentaires sur la prise ou la non prise de médicaments par les personnes concernées. Pour information, la plupart des médicaments ne rendent pas accro en psychiatrie. Au contraire, ils sont là pour faciliter la vie des personnes concernées, donc pas de pill shaming. Pas de culpabilisation des personnes concernées qui veulent se médicquer. A l'inverse, on ne fait pas non plus de pill forcing en pensant qu'il suffit de prendre des médicaments pour aller mieux. Le fait d'aller mieux, c'est un effort multifactoriel qui inclut également et notamment la psychothérapie.  Ensuite, les traitements spéciaux dont peuvent jouir les personnes avec un diagnostic psychiatrique, comme par exemple les tiers temps aux examens, ne sont pas des privilèges. Au contraire, c'est là

	<p>pour compenser le handicap. Les personnes neurotypiques ne sont pas discriminées par ces pratiques.</p> <p>Certaines expressions sont à bannir du langage si vous n'êtes pas concerné-es comme on l'a dit tout à l'heure : « j'hallucine », « c'est fou », on n'utilise pas non plus les termes « schizo, schizophrène, bordeline, autiste » comme insultes.</p> <p>A la place, vous pouvez utiliser la richesse de la langue française comme « je n'en crois pas mes yeux », « c'est incroyable, c'est terrible, c'est spectaculaire, c'est aberrant ». En plus, vous gagnerez en précision dans vos propos. C'est tout bénéf.</p> <p>On évite aussi de dire qu'on est tous un peu « ci ou ça ».</p>
L	« Qu'on est tous un peu autiste parfois, qu'on est tous un peu schizo. »
S	<p>« Qu'on est tous un peu tarés » aussi. Ça revient sur le point d'avant.</p> <p>Ce n'est pas la même chose d'avoir certaines caractéristiques et avoir un diagnostic psychiatrique.</p> <p>Et la dernière, c'est qu'on n'utilise pas la théorie des cuillères pour son propre compte lorsqu'on est valide. Ça ne veut pas dire que les personnes valides ne peuvent pas être fatiguées, c'est juste que la théorie des cuillères ne les concerne pas.</p>
L	Tu veux bien expliquer ce qu'est la théorie des cuillères s'il te plaît ?
S	<p>Bien sûr. La théorie des cuillères, ça sert à expliquer que les personnes non valides ont une quantité d'énergie limitée, que ce soit par jour, par semaine ou par mois. Pour résumer, une personne non valide va disposer d'un certain nombre de cuillères par jour quand elle se réveille et chaque tâche à réaliser utilise un certain nombre de cuillères. Cela dépend des gens, des jours.</p> <p>Certains jours, on aura l'impression de n'en avoir strictement aucune, et d'autres que le stock est inépuisable. Cela permet aux personnes non valides de mieux comprendre leur fonctionnement et d'accepter plus facilement que certains jours, elles ne peuvent pas faire grand-chose d'autre que se nourrir.</p> <p>L'exemple, ça va être, mettons un jour où c'est vraiment la galère, on se réveille avec 5 cuillères et on n'en a strictement aucune de plus, c'est tout, c'est le stock pour la journée.</p> <p>En fait, cuillère c'est une unité d'énergie à dépenser dans la journée. On va utiliser une cuillère pour se lever, une cuillère pour se préparer, une cuillère pour aller au travail surtout si on doit prendre les transports en commun. Une fois arrivé-e au travail, on va devoir utiliser quelques cuillères pour mener à bien les différentes tâches et puis ça y est, il n'y a plus de cuillères. Mais il faut quand même rentrer à la maison, il faut quand même faire la lessive, le ménage, la vaisselle, il faut se laver, il faut se préparer à manger, se mettre en pyjama, aller au lit. Mais il n'y a pas de cuillère, donc c'est impossible. Donc des fois, il y a juste des jours où les personnes vont rentrer claquées et se mettre directement au lit.</p> <p>Une autre métaphore, ça va être les points de mana pour la communauté geek. Moi, j'aime beaucoup cette métaphore aussi. C'est-à-dire que les actions qu'on doit mener dans une journée correspondent à des sorts qu'on va jeter avec des points de mana. Je vous laisse compléter la suite tout-e seul-e à la maison.</p>
L	Alors que les personnes valides, elles ont un stock illimité de cuillères tous les jours. C'est pour ça que cette théorie ne peut pas s'appliquer à elles. Enfin, elles ont pas une quantité d'énergie limitée, c'est pour ça que cette théorie ne peut pas s'appliquer à elles. Je crois également que lorsqu'on dépasse le stock de cuillères, cette fatigue se répercute sur les autres jours et donc on va mal dormir et forcément ça va empêcher la récupération complète du nombre de cuillères et donc on va souvent commencer la journée suivante avec un stock moindre que ce qu'on aurait eu lors d'une journée classique. C'est-à-dire que mettons notre moyenne c'est 15 cuillères et si la veille, on avait eu que 5 cuillères et qu'on avait dépassé notre stock, on va se retrouver avec 7 cuillères seulement pour la journée. Ce qui va impacter de nouveau notre journée, si je ne dis pas de bêtises.
S	Non tout à fait. C'est un peu une sorte de spirale infernale. Dès qu'on touche à l'équilibre précaire de son niveau d'énergie. C'est vrai qu'on a parlé de stock de cuillères illimité pour les personnes valides, encore une fois ça ne veut pas du tout dire que les personnes valides ne sont jamais fatiguées. Mais c'est une manière que les personnes non-valides ont de se réapproprier leur vécu et de mieux expliquer pourquoi elles n'arrivent pas à tout faire, tout le temps.
L	D'accord, c'est bon à savoir. Du coup, pour les personnes qui veulent être de bonnes alliées, qu'est-ce qu'elles peuvent faire ?
S	Elles peuvent s'informer auprès des personnes concernées. Ça peut être de manière directe si la personne concernée est d'accord et qu'elle a assez de cuillères.
L	Toujours respecter le consentement.

S	Voilà. Ca peut être de manière indirecte. Il y a pléthore de sources. Il y a des Youtubeurs et des Youtubeuses qui sont très bien en parlant de leur vécu. Il y a aussi des blogs, il y a des podcasts, clin d'œil, clin d'œil (rires), qu'on peut suivre. Il y a aussi pas mal de pages sur les réseaux sociaux qui parlent du vécu des personnes non valides.
L	On mettra les sources dans la description du podcast, comme ça, vous pourrez vous inspirer, avoir des idées, mieux comprendre, tout ça.
S	Les personnes qui veulent être de bonnes alliées peuvent encourager les personnes avec un diagnostic psychiatrique à prendre à soin d'elles, de la manière dont elles l'entendent. Encore une fois, pas de pill shaming, pas de pill forcing. On essaie de ne pas forcer dans la psychophobie ordinaire. Enfin, elles écoutent les expériences de ces personnes et ne donnent leur avis que si on le leur demande. En d'autres termes, on se tait, on écoute et on apprend.
L	Donc ça fait beaucoup de choses à assimiler. Je crois qu'on a couvert un bon ensemble de bases. Du coup, merci Sarah pour toutes ces explications très instructives, très calmes, très patientes. Je pense qu'on a appris plein de choses et qu'on saura être de meilleures alliées, meilleur-es aidant-es pour les personnes qui côtoient des personnes concernées. Donc merci beaucoup.
S	Il n'y a pas de quoi. C'était vraiment un plaisir de partager tout ça avec toi Laura.
L	Egalement. Nous espérons que cette troisième émission du TF Podcast vous a plu. Vous nous retrouvez également sur iTunes Podcasts, Spotify, Deezer, Soundcloud, et les autres. Merci de nous avoir écoutées. Merci de nous écouter en général. Comme toujours, nos sources sont dans la description de l'émission. Vous pouvez également nous retrouver sur les réseaux sociaux, Facebook, Twitter et Instagram. N'hésitez pas à liker nos pages. Nos comptes sont en bas de la description. Mettez-nous des bonnes notes, des bonnes étoiles sur iTunes Podcasts si vous suivez sur iTunesPodcasts. Et si vous aimez notre travail, n'hésitez pas à liker et à partager nos comptes, les podcasts et tout ça. Et puis, je vous dis à très bientôt, à la prochaine émission.
Outro	Merci de nous avoir écoutées. C'était le TF Podcast, le Podcast du Thé Féministe. On se retrouve le mois prochain.